

北京市 年研究生招生体格检查表

报考单位_____报考专业_____

身份证号_____准考证号_____

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|----------|--------|-----|-----|------|--|--------------------------------|
| 姓 名 | | | 性别 | | 年龄 | | 民族 | | 【相 片】 此处需体检医院 压在照片和表格上盖章 |
| 既往病史(此栏由 学生如实提供) | | | | | | | | | |
| 眼 科 | 裸 眼 视 力 | 右 | 矫正 视力 | 右 矫正度数 | | 检查者 | 医师签名 | | |
| | | 左 | | 左 矫正度数 | | | | | |
| | 色 觉 检 查 | 彩色图案及彩色数码检查： 空后色觉检查图（ ）俞自萍色盲检查图（ ） 单色识别能力检查： 红（ ）黄（ ）绿（ ）蓝（ ）紫（ ） | | | | 检查者 | | | |
| | 眼 病 | | | | | | | | |
| 内 科 | 血 压 / mmHg | | | | | 检查者 | 医师签名 | | |
| | 发 育 情 况 | | | | | | | | |
| | 心 脏 及血管 | | | | | | | | |
| | 呼 吸 系 统 | | | | | | | | |
| | 神 经 系 统 | | | | 口 吃 | | | | |
| | 腹 部 器 官 | 肝 厘米 脾 厘米 | 性质 性质 | | | | | | |
| | 其 它 | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------|-----|--|----|----|-----|------|------|
| 外科 | 身高 | 厘米 | 体重 | 千克 | 检查者 | 医师签名 | |
| | 皮肤 | | | 面部 | | | |
| | 颈部 | | | 脊柱 | | | |
| | 四肢 | | | 关节 | | | |
| | 其它 | | | | | | |
| 耳鼻咽喉科 | 听力 | 左耳 | 米 | 右耳 | 米 | 检查者 | 医师签名 |
| | 嗅觉 | | | | 检查者 | | |
| | 耳鼻喉 | | | | | | |
| 口腔科 | 唇腭 | | | | | 医师签名 | |
| | 牙齿 | | | | | | |
| | 其它 | | | | | | |
| 胸部 X 射线检查 | | | | | | 医师签名 | |
| 化 验 | | 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) | | | | 医师签名 | |
| 体检机构意见 | | <p>请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学【2003】3号），确定该生身体条件是否可以录取。</p> <p>主检医师签名：_____ 体检机构公章 _____</p> <p>年 月 日</p> | | | | | |

注：此表须正反面打印